

# Stichwort «Obligatorische Krankenversicherung»

## Inhalt

1. Zahlungsverzug fesselt Versicherer und versicherte Person aneinander.....	1
2. Wenn die Versicherten die Rechnungen der Kasse nicht bezahlen .....	2
3. Wie hoch dürfen die Bearbeitungsgebühren sein? .....	2
4. Wie ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen eingetrieben werden.....	3
5. Welche Kantone haben schwarze Listen eingeführt? .....	5
6. Privilegien für die Krankenkasse im Betreibungsrecht .....	5
7. Wechsel der Krankenkasse.....	5
8. Eheleute haften solidarisch für Schulden bei der Krankenkasse.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9. Anhang: Kantonale Bestimmungen zum Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung .....	6
Kanton Aargau:.....	6
Kanton Luzern: Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Kanton Tessin: Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) .....	11
Kanton Thurgau: Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung.....	13

**Krankenkassenschulden zählen zu den dringlichen Schulden. Krankenkassen treten oft als hartnäckige Gläubiger auf. Verheiratete Ehepartner, die zusammenleben, haften solidarisch für ausstehende Beiträge bei der Krankenkasse. Seit dem 1. Januar 2012 sieht das Bundesrecht keine Leistungssperre mehr für säumige Versicherte vor. Allerdings können kantonale Regelungen sogenannte "schwarze Listen" führen, auf denen säumige Versicherte erfasst werden.**

Im Folgenden geht es nur um Schulden aus der obligatorischen Krankenversicherung. Diese wird vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung und den darauf beruhenden Verordnungen geregelt (die Zusatzversicherungen unterstehen dem Privatversicherungsrecht).

## 1. Zahlungsverzug fesselt Versicherer und versicherte Person aneinander

Gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) kann eine versicherte Person ihre Krankenkasse nicht wechseln, solange sie noch offene Ausstände hat. Bestehen Schulden bei der Krankenkasse,

bleiben der Versicherer und die versicherte Person so lange aneinander gebunden, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig beglichen sind. Erst dann ist ein Wechsel der Krankenkasse möglich.<sup>1</sup>

Für eine verschuldete Person bedeutet dies, dass sie auch bei steigenden Prämien ihren Versicherer nicht wechseln kann – selbst wenn ein Wechsel für ihr Budget erheblich entlastend wäre.

Neu sieht Art. 64a Abs. 7bis KVG immerhin eine Ausnahme für Jugendliche vor, die volljährig geworden sind und noch offene Ausstände aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit haben. Ein Krankenkassenwechsel ist in diesem Fall – neu – trotz Ausständen möglich.

## 2. Wenn die Versicherten die Rechnungen der Kasse nicht bezahlen

Nach der Praxis des Bundesgerichts kann eine Krankenkasse einem Versicherten, der seine Rechnungen nicht pünktlich bezahlt, folgende Kosten in Rechnung stellen:

- Die ausstehenden Prämien
- Verzugszinsen auf Prämienausständen: Seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) am 1. Januar 2003 müssen Prämienausstände mit 5 % pro Jahr verzinst werden. Auf andere Posten wie Kostenbeteiligungen oder Bearbeitungsgebühren werden hingegen keine Verzugszinsen erhoben (Art. 105a KVV, [BGer 9C 406/2024](#)).
- Die ausstehenden Kostenbeteiligungen
- Betriebskosten
- Bearbeitungsgebühren: Diese dürfen erhoben werden, wenn die versicherte Person durch verspätete Zahlungen zusätzliche Aufwendungen verursacht hat, die bei rechtzeitiger Zahlung vermieden worden wären. Voraussetzung ist, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Krankenkasse eine entsprechende Regelung enthalten. Weitere Infos finden sich im nachfolgenden Abschnitt.

## 3. Wie hoch dürfen die Bearbeitungsgebühren sein?

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt die Höchstbeträge dieser Gebühren fest (Art. 105b Abs. 2 KVV)<sup>2</sup>. Es wird empfohlen, die AVB zu prüfen. Ausserdem wird auf das Urteil verwiesen, das sich zur angemessenen Höhe solcher Gebühren äussert.

Gemäss Art. 105b Abs. 2 KVV dürfen Krankenkassen Bearbeitungsgebühren für Aufwände erheben, die durch verspätete Zahlungen verursacht wurden, sofern dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vorgesehen ist. Daher sollten die AVB im Zweifelsfall geprüft werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hätte Höchstbeträge für diese Gebühren festlegen sollen, was jedoch bisher nicht erfolgt ist.

---

<sup>1</sup> Art. 64a Abs. 6 KVG.

<sup>2</sup> Stand Dezember 2024 wurden die Höchstbeträge durch das EDI noch nicht festgelegt.

Die Gebühren unterliegen dem Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzip. Das bedeutet, sie dürfen die tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschreiten und müssen in einem angemessenen Verhältnis dazu stehen. Eine Ertragsquelle dürfen diese Gebühren nicht sein, doch das Bundesgericht lässt den Krankenkassen einen grossen Handlungsspielraum.

In der Praxis hat das Bundesgericht Beispiele für angemessene und unangemessene Gebühren gegeben: So gelten Mahngebühren von CHF 120–240 bei Ausständen zwischen CHF 550 und CHF 1'025 als angemessen, während Gebühren von CHF 280 oder mehr bei ähnlichen Ausständen als überhöht eingestuft wurden (BGer [9C\\_870/2015](#)). Diese Rechtsprechung ist jedoch stark einzelfallabhängig und schafft einen Graubereich, der insbesondere für wirtschaftlich Schwächere Unsicherheiten birgt. Bei überhöhten Gebühren wird empfohlen, Teilrechtsvorschlag zu erheben und, falls nötig, Beschwerde einzureichen. Verfahren vor kantonalen Versicherungsgerichten sind je nach Kanton kostenlos oder kostenpflichtig.

#### 4. Wie ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen eingetrieben werden

1. **Mahnung:** Die Krankenkasse mahnt schriftlich. Solange die Schulden (Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen, Betreuungskosten) nicht beglichen sind, ist kein Kassenwechsel möglich.
2. **Zahlungsaufforderung:** Nachfrist von 30 Tagen mit Hinweis auf die Folgen des Verzugs.
3. **Betreibung:** Bei weiterhin unbezahlten Beträgen beginnt die Krankenkasse mit der Betreuung.
4. **Meldung an den Kanton:** Falls vom Kanton verlangt, wird der Schuldner gemeldet. Der Kanton kann eine "schwarze Liste" führen, die nur bestimmten Stellen zugänglich ist. Leistungen werden bei gemeldeten Schuldnern auf Notfälle beschränkt, bis die Schulden beglichen sind.
5. **Rechtsvorschlag:** Die Krankenkasse beseitigt einen möglichen Rechtsvorschlag.
6. **Fortsetzung der Betreuung:** Das Betreibungsamt wird mit Pfändung, Verwertung und Ausstellung eines Verlustscheins beauftragt.
7. **Meldung des Schuldenstands:** Der Schuldenbetrag wird an den Kanton gemeldet.
8. **Prüfung durch die kantonale Revisionsstelle:** Die Krankenkasse beantragt die Bestätigung der Daten.
9. **Übermittlung der Bestätigung:** Die geprüften Daten werden an den Kanton gesendet.
10. **Zahlung durch den Kanton:** Der Kanton übernimmt 85 % der gemeldeten Forderungen.<sup>3</sup>
11. **Weiteres Inkasso:** Die Krankenkasse behält den Verlustschein und treibt die restlichen Schulden weiter ein.
12. **Einnahmenteilung:** 50 % der eingetriebenen Beträge werden an den Kanton ausgezahlt.

---

#### Die Bestimmungen über den Zahlungsverzug im Bundesgesetz über die Krankenversicherung

##### 3a. Abschnitt: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

##### Art. 64a

<sup>1</sup> **Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.**

---

<sup>3</sup> KVG-Revision: Ab dem 1. Juli 2025 kann ein Kanton sich die Verlustscheine übertragen lassen, wenn er 90 Prozent aller vom Versicherer gemeldeten Forderungen übernimmt.

<sup>1bis</sup> Ist die versicherte Person minderjährig, so sind die Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auf ihre Eltern oder den Elternteil, der die Prämien schuldet, anzuwenden.

<sup>2</sup> Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreuung anheben. Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Schuldnerinnen und Schuldner, die betrieben werden, bekannt gibt.

<sup>3</sup> Der Versicherer gibt der zuständigen kantonalen Behörde die betroffenen Versicherten sowie, pro Schuldner und Schuldnerin, den Gesamtbetrag der Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen sowie Verzugszinsen und Betreuungskosten) bekannt, die während des berücksichtigten Zeitraumes zur Ausstellung eines Verlustscheines oder eines gleichwertigen Rechtstitels geführt haben. Er ersucht die vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle, die Richtigkeit der Daten, die er dem Kanton bekannt gegeben hat, zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung dem Kanton.

<sup>4</sup> Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren.

<sup>5</sup> Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine und die gleichwertigen Rechtstitel bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Sobald die versicherte Person ihre Schuld vollständig oder teilweise gegenüber dem Versicherer beglichen hat, erstattet dieser 50 Prozent des von der versicherten Person erhaltenen Betrages an den Kanton zurück.

<sup>6</sup> In Abweichung von Artikel 7 kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt sind. Kinder können den Versicherer nicht wechseln, wenn solche Ausstände für sie bestehen. Versicherte, die nur Ausstände für ihre Kinder haben, dürfen den Versicherer trotzdem wechseln. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

<sup>7</sup> Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.

<sup>7bis</sup> Versicherte, die volljährig geworden sind, können den Versicherer in Abweichung von Absatz 6 auf das Ende des Kalenderjahres auch wechseln, wenn Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen oder Betreuungskosten aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit ausstehen. Bei versicherungspflichtigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen geht Artikel 4a vor.

<sup>7ter</sup> Die Kantone und die Versicherer tauschen ihre Daten nach einem einheitlichen Standard aus. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten, nachdem er die Kantone und die Versicherer angehört hat.

<sup>8</sup> Der Bundesrat legt die Aufgaben der Revisionsstelle fest und bezeichnet die einem Verlustschein gleichzusetzenden Rechtstitel. Er regelt zudem die Gebühren für Mahnungen und Zahlungsaufforderungen, die Einzelheiten des Mahn- und Betreibungsverfahrens sowie der Zahlungen der Kantone an die Versicherer.

<sup>9</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen der versicherungspflichtigen Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen. Ist es nach dem Recht des betreffenden Staates möglich, dass der Versicherer die unbezahlten Prämien und Kostenbeteiligungen einbringt, so kann der Bundesrat die Kantone zur Übernahme von 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren, verpflichten. Ist es nach dem Recht des betreffenden Staates nicht möglich, so kann der Bundesrat den Versicherern das Recht gewähren, die Übernahme der Kosten für die Leistungen aufzuschieben.

## 5. Welche Kantone haben schwarze Listen eingeführt?

Gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG können Kantone säumige Prämienzahler:innen in "schwarzen Listen" erfassen. Diese Massnahme richtet sich gegen Personen, die trotz Betreibung ihre Prämien nicht zahlen. Derzeit nutzen nur noch drei Kantone diese Möglichkeit:

- Aargau
- Tessin
- Thurgau

Auf den Listen stehen nur "zahlungsunwillige" Versicherte, die ihre Verpflichtungen nicht erfüllen. Kinder bis 18 Jahre sowie Bezüger von Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe sind davon ausgenommen. Für gelistete Personen werden medizinische Leistungen auf Notfallbehandlungen beschränkt, was gravierende Folgen für die Betroffenen nach sich ziehen kann.

Viele Kantone haben auf schwarze Listen verzichtet oder sie wieder abgeschafft, da sie teuer und wenig effektiv sind. In Aargau und Thurgau soll ein Case-Management helfen, den Versicherungsschutz der Betroffenen möglichst wiederherzustellen und den Leistungsaufschub abzumildern.

## 6. Privilegien für die Krankenkasse im Betreibungsrecht

Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 219 SchKG in der zweiten Klasse privilegiert. Das bedeutet, dass Krankenkassen vor den gewöhnlichen Gläubigern (3. Klasse) zu 100 % befriedigt werden. Dieses Privileg gilt jedoch nur für ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen und Betreibungskosten – nicht für Mahngebühren oder Umtriebsspesen ([BGE 127 III 470](#)).

## 7. Wechsel der Krankenkasse

**Grundsatz: Kündigungsfrist per 30. November.** Sobald die Probleme mit den Prämienausständen gelöst sind, kann der Wechsel zu einer billigeren Kasse ins Auge gefasst werden. Der Wechsel kann das Budget erheblich entlasten. Versicherte können ihre Krankenkasse in der Regel per Ende Jahr wechseln. Das Kündigungsschreiben muss spätestens am 30. November bei der aktuellen Krankenkasse eingehen.

**Sonderkündigungsrecht bei Prämienerrhöhung.** Wenn die Krankenkasse ihre Prämien erhöht, ist sie verpflichtet, die Versicherten mindestens zwei Monate im Voraus schriftlich darüber zu informieren. In diesem Fall haben die

Versicherten das Recht, ihre Versicherung mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens bis zum letzten Tag des Vormonats erfolgen, bevor die neuen Prämien in Kraft treten. ([BGE 132 V 166](#), [BGer 9C 803/2012 vom 8. Juli 2013](#)). Beispiel: Erhöht die Kasse ihre Prämien ab dem 1. Januar, muss die Kündigung spätestens am 30. November eingereicht werden. Da die meisten Prämienanpassungen zum Jahreswechsel erfolgen, wird dieses Recht jedoch nur selten in Anspruch genommen.

**Kein versicherungsloser Zustand** Ein versicherungsloser Zustand ist ausgeschlossen: Die alte Krankenkasse darf die Versicherten erst dann aus der Versicherung entlassen, wenn die neue Krankenkasse ihr mitgeteilt hat, dass die Versicherten dort aufgenommen wurden. Die neue Versicherung muss diese Mitteilung zeitnah übermitteln. Das Bundesgericht hat entschieden, dass die neue Kasse die Mitteilung noch im alten Jahr vornehmen muss, selbst wenn die Anmeldung der Versicherten erst am 28. Dezember bei ihr eingeht ([BGE 129 V 394](#), [BGE 130 V 448](#)).

**Schutz vor Doppelversicherung.** Eine Doppelversicherung ist ausgeschlossen. Sollte die neue Krankenkasse den Kassenwechsel zu spät oder gar nicht melden, läuft das Versicherungsverhältnis bei der alten Kasse weiter. Kennt die neue Kasse die bisherige Versicherung, kann sie gegenüber den Versicherten schadenersatzpflichtig werden. In diesem Fall muss sie die Differenz zwischen den Prämien der beiden Versicherungen erstatten ([BGE 130 V 448](#)). Das Versicherungsverhältnis bei der neuen Krankenkasse beginnt erst, sobald der Kassenwechsel korrekt gemeldet wurde.

Tipp: Das Bundesamt für Gesundheit hat einen neutralen Prämienrechner ins Internet gestellt. Seine Adresse: [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch).

## 8. Solidarische Haftung von Ehepartnern bei Krankenkassenschulden

Das Bundesgericht hat im Urteil [BGE 129 V 90](#) entschieden, dass Schulden bei der Krankenkasse zu den laufenden Bedürfnissen der Familie gehören. Deshalb haften Ehepartner, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, gesetzlich solidarisch für diese Schulden.

Das bedeutet: Wenn ein Ehepartner Krankenkassenschulden hat, kann die Krankenkasse entweder den Schuldner, den Ehepartner oder beide gleichzeitig für den vollen Betrag belangen. Dabei gilt jedoch, dass die Krankenkasse insgesamt nur **100 Prozent der Forderung** eintreiben darf – eine doppelte Belastung der Ehepartner ist ausgeschlossen.

## 9. Anhang: Kantonale Bestimmungen zum Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung

### Kanton Aargau:

Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG)

#### **4. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**

##### **4.1. Organisation und Verfahren**

### **§ 19 Durchführungsstelle**

<sup>1</sup> Durchführungsstelle für den Bereich «Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen» ist die SVA Aargau.

<sup>2</sup> Sie ist für die administrative Abwicklung zuständig und hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Gewährleistung des Datenaustauschs mit den Versicherern und den Gemeinden,
- b) Sicherstellung des Informationsflusses zwischen den Gemeinden und den Versicherern,
- c) Abwicklung der Zahlungen,
- d) Führung der Liste der säumigen Versicherten gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG.

<sup>3</sup> Der Regierungsrat bezeichnet die Revisionsstelle gemäss Art. 64a Abs. 3 KVG durch Verordnung.

### **§ 20 Betreuungsmeldung**

<sup>1</sup> Die Versicherer melden der SVA Aargau die Schuldnerinnen und Schuldner, die wegen ausstehender Prämien oder Kostenbeteiligungen betrieben werden sowie alle versicherten Personen, die von der Betreuung betroffen sind.

<sup>2</sup> Zusammen mit der Betreuungsmeldung gibt der Versicherer folgende Daten der Schuldnerinnen und Schuldner sowie der versicherten Personen, die von der Betreuung betroffen sind, bekannt:

- a) Namen und Vornamen,
- b) Geschlecht,
- c) Geburtsdatum,
- d) zivilrechtlichen Wohnsitz,
- e) AHV-Versichertennummer.

<sup>3</sup> Die SVA Aargau informiert umgehend die zuständige Gemeinde, die Schuldnerinnen und Schuldner sowie die von der Betreuung betroffenen volljährigen Personen über den Eingang einer Betreuungsmeldung.

<sup>4</sup> Zuständig ist diejenige Gemeinde, in der die Schuldnerin oder der Schuldner bei Betreibungsanhebung zivilrechtlichen Wohnsitz hatte.

### **§ 21 Zuständigkeit Gemeinden**

<sup>1</sup> Die zuständige Gemeinde kann die Schuldnerinnen und Schuldner sowie die von der Betreuung betroffenen volljährigen Personen zu einem Gespräch einladen oder brieflich kontaktieren.

<sup>2</sup> Die Kontaktnahme hat zum Ziel, den Grund für die Betreuung zu ermitteln und die von der Betreuung betroffenen Personen für die besondere Bedeutung der Krankenversicherung zu sensibilisieren. Die zuständige Gemeinde nimmt vorgängig Einsicht in die Betreibungsakten und Steuerunterlagen der betroffenen Personen.

<sup>3</sup> Nach Abklärung des Sachverhalts melden die Gemeinden der SVA Aargau diejenigen versicherten Personen, die nicht in die Liste der säumigen Versicherten aufgenommen werden müssen. Es gelten die Fristen gemäss § 22.

<sup>4</sup> Gemeinden sollen Personen, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage sind, die Prämien zu bezahlen, die notwendige Hilfe anbieten. Die Gemeinde kann gegebenenfalls durch die Übernahme der ausstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Ver-

zugszinsen und Betreuungskosten oder durch das Treffen einer individuellen Finanzierungsregelung mit dem Krankenversicherer die Einstellung des Betreibungsverfahrens zu erwirken versuchen.

<sup>5</sup> Die zuständige Gemeinde kann die Aufgaben gemäss den Absätzen 1–4 an Dritte übertragen. Sie stellt dabei den Datenschutz sicher.

#### *4.2. Liste der säumigen Versicherten*

##### *§ 22 Ordentlicher Eintrag*

<sup>1</sup> Die SVA Aargau nimmt den Eintrag in die Liste der säumigen Versicherten vor, wenn

- a) die Gemeinde nicht innert 30 Tagen nach Erhalt der Betreuungsmeldung und Abklärung des Sachverhalts ausdrücklich die Nichtaufnahme in die Liste der säumigen Versicherten verlangt hat,
- b) kein Ausschlusskriterium gemäss § 25 vorliegt,
- c) seit dem Eingang der Betreuungsmeldung weder die vollständige Bezahlung der ausstehenden Forderungen noch die Einstellung des Betreibungsverfahrens zu verzeichnen ist.

<sup>2</sup> Die SVA Aargau kann die Frist gemäss Absatz 1 lit. a auf begründeten Antrag hin auf maximal 60 Tage verlängern.

##### *§ 23 Ausserordentlicher Eintrag*

<sup>1</sup> Zieht eine Person mit Leistungsaufschub in den Kanton Aargau, nimmt die SVA Aargau den Eintrag in die Liste der säumigen Versicherten nahtlos vor, wenn mit dem entsprechenden Kanton eine Vereinbarung vorliegt.

<sup>2</sup> Zuständig für den endgültigen Abschluss einer Vereinbarung gemäss Absatz 1 ist der Regierungsrat.

##### *§ 24 Zugriff*

<sup>1</sup> Zugriff auf die Liste haben

- a) die SVA Aargau,
- b) die Aargauer Gemeinden für ihre Einwohnerinnen und Einwohner,
- c) die gemäss KVG zugelassenen Leistungserbringer im konkreten Leistungsfall.

<sup>2</sup> Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten des Zugriffs durch Verordnung.

##### *§ 25 Ausschlusskriterien*

<sup>1</sup> Nicht in die Liste der säumigen Versicherten aufgenommen werden

- a) reine Schuldnerinnen und Schuldner,
- b) Kinder und Jugendliche,
- c) junge Erwachsene bis 31. Dezember des Jahres, in dem das 19. Altersjahr vollendet wird,
- d) Versicherte, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV oder Sozialhilfe beziehen.

<sup>2</sup> Zur Bestimmung der Personen gemäss Absatz 1 lit. d kann die SVA Aargau anhand der AHV-Versichertennummer einen Abgleich zwischen den von der Betreuung betroffenen versicherten Personen und den im System der SVA Aargau erfassten Personen, die Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe beziehen, vornehmen.



### **§ 26 Mutationen**

<sup>1</sup> Der Eintrag in der Liste der säumigen Versicherten wird gelöscht

- a) mit der Mitteilung des Versicherers oder einem anderweitigen Nachweis, dass die ausstehenden Forderungen vollständig bezahlt sind,
- b) mit der Genehmigung eines Gesuchs um Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe,
- c) bei Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes in einen anderen Kanton,
- d) bei einer fünfjährigen ununterbrochenen Dauer der Sistierung gemäss § 27 Abs. 1.

<sup>2</sup> Der Eintrag wird mit der Genehmigung eines Antrags der Gemeinde auf Sistierung gemäss § 27 Abs. 1 für die Geltungsdauer des Ausnahmezustands inaktiv gesetzt.

<sup>3</sup> Die SVA Aargau informiert die betroffene Person umgehend über Mutationen in der Liste der säumigen Versicherten gemäss Absatz 1.

<sup>4</sup> Der Regierungsrat regelt durch Verordnung, wie der anderweitige Nachweis gemäss Absatz 1 lit. a erbracht werden kann.

### **§ 27 Sistierung des Listeneintrags**

<sup>1</sup> In begründeten Fällen kann die zuständige Gemeinde bei der SVA Aargau eine Sistierung des Listeneintrags beantragen.

<sup>2</sup> Die SVA Aargau berät die Gemeinden und beschliesst über Anträge auf Sistierung des Eintrags in der Liste der säumigen Versicherten.

<sup>3</sup> Sistierungsanträge werden restriktiv und nur zusammen mit Auflagen oder Weisungen genehmigt.

<sup>4</sup> Werden Auflagen und Weisungen, die unter Androhung der Folgen bei Missachtung erlassen wurden, nicht befolgt, wird der Eintrag in der Liste der säumigen Versicherten wieder aktiviert.

<sup>5</sup> Der Regierungsrat legt durch Verordnung mögliche Tatbestände fest, die eine Sistierung rechtfertigen.

---

## Verordnung zum Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (V KVG)

### **3. Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**

#### **§ 8 Revisionsstelle**

<sup>1</sup> Als vom Kanton zu bestimmende Revisionsstelle wird die Revisionsstelle des jeweiligen Versicherers gemäss Art. 86 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 bezeichnet.

#### **§ 9 Liste der säumigen Versicherten**

<sup>1</sup> Die Liste der säumigen Versicherten wird von der SVA Aargau elektronisch geführt. Sie kann die Listenführung Dritten übertragen.

#### **§ 10 Elektronischer Zugriff auf die Liste**

<sup>1</sup> Der Zugriff auf die Liste erfolgt elektronisch im Abrufverfahren mit einem Benutzernamen und einem Passwort.

<sup>2</sup> Der elektronische Zugriff wird den Berechtigten gemäss § 24 Abs. 1 KVG erteilt, sobald die für die Benutzung der Liste hauptverantwortliche Person unterschriftlich erklärt hat,

die gesetzlichen Geheimhaltungsverpflichtungen und die datenschutzrechtlichen Vorgaben einzuhalten.

<sup>3</sup> Die Zugriffsberechtigten müssen die Einsichtnahme auf den Einzelfall und auf diejenigen Informationen beschränken, die für die Aufgabenerfüllung notwendig sind. Leistungserbringer dürfen nur Personen abfragen, die Leistungen nach KVG bei ihnen in Anspruch nehmen wollen.

<sup>4</sup> Bei der Einsichtnahme sind Name, Vorname und Geburtsdatum der versicherten Person oder deren AHV-Versichertennummer beziehungsweise deren Versichertenkartennummer anzugeben.

<sup>5</sup> Sämtliche Einsichtnahmen werden automatisch protokolliert und während zehn Jahren gespeichert.

### ***§ 11 Löschung des Listeneintrags***

<sup>1</sup> Meldet der Versicherer die vollständige Bezahlung der ausstehenden Forderungen beziehungsweise die Aufhebung des Leistungsaufschubs, löscht die SVA Aargau die versicherte Person ohne Verzug aus der Liste und informiert sie darüber unter Mitteilung an den Versicherer.

<sup>2</sup> Der Meldung des Versicherers über die vollständige Bezahlung der ausstehenden Forderungen gleichgestellt ist die Vorlage eines amtlichen Dokuments, das belegt, dass die Betreuung eingestellt oder abgeschlossen wurde.

<sup>3</sup> Mit der Löschung des Eintrags infolge Genehmigung eines Gesuchs um Sozialhilfe oder um Ergänzungsleistungen findet keine automatische Übernahme der ausstehenden Forderungen statt. Der zuständigen Gemeinde steht es frei, die Ausstände zu begleichen.

### ***§ 11a Definition Notfall***

<sup>1</sup> Als Notfall gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG[4] gilt \*

- a) ein akuter, lebensbedrohlicher Zustand, der durch Störung einer Vitalfunktion bewirkt wird oder bei dem die Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung besteht,
- b) eine Situation, in der es darum geht, heftige Schmerzen, hohes Fieber oder vergleichbar schwerwiegende Symptome sofort zu behandeln beziehungsweise zu lindern.

### ***§ 12 Antrag auf Sistierung eines Listeneintrags***

<sup>1</sup> Dem begründeten Antrag der zuständigen Gemeinde auf Sistierung des Listeneintrags der betroffenen Person kann namentlich stattgegeben werden, wenn die betroffene Person

- a) nachweisen kann, dass sie sich bemüht hat, die Schulden zu tilgen,

- b) nachweisen kann, dass die Vornahme von medizinischen Massnahmen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit führt,
- c) trotz nachweislichem Anspruch freiwillig auf Sozialhilfe verzichtet,
- d) nachweisen kann, dass die Betreuung ungerechtfertigt war,
- e) schriftlich begründen beziehungsweise mittels Arztzeugnis nachweisen kann, dass eine chronische Erkrankung vorliegt, die unbehandelt zu einer schweren Einschränkung der Lebensqualität oder sogar zum Tod führt,
- f) schriftlich begründen beziehungsweise mittels Arztzeugnis nachweisen kann, dass eine chronische Erkrankung vorliegt, die unbehandelt ansteckend ist, oder
- g) mittels Arztzeugnis nachweisen kann, dass eine Schwangerschaft vorliegt.

#### **§ 13 Verlustscheine: Finanzierung und Zahlungsverkehr**

<sup>1</sup>Die SVA Aargau verrechnet die Kosten für Verlustscheine aus ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betreuungskosten den zuständigen Gemeinden innert zwei Monaten nach Bezahlung der entsprechenden Forderungen an die Krankenversicherer. Die zuständigen Gemeinden begleichen diese Rechnung innert 30 Tagen.

#### **§ 14 Datenaustausch zwischen der SVA Aargau und den Gemeinden**

<sup>1</sup>Die Daten gemäss § 31 Abs. 1 KVGG sind der SVA Aargau von den Gemeinden durch die Anwendung eines Webportals zu übermitteln.

<sup>2</sup>Der Zugriff auf das Webportal erfolgt durch ein mehrstufiges Login gemäss den Vorgaben der SVA Aargau.

<sup>3</sup>Für die Meldung der Sozialhilfebeziehenden gemäss § 31 Abs. 1 KVGG gilt:

- a) Für die SVA Aargau ist erst erkennbar, dass eine betriebene Person Sozialhilfe bezieht, wenn beim Abgleich gemäss § 25 Abs. 2 KVGG eine Übereinstimmung resultiert,
- b) für die Gemeinden ist erst ersichtlich, dass eine Sozialhilfe beziehende Person betrieben wurde, wenn eine Betreuungsmeldung gemäss § 20 KVGG eingeht.

### **Kanton Tessin: Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)<sup>4</sup>**

**Art. 22** <sup>1</sup>Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali degli assicurati nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della Legge federale sull'esecuzione e sul fallimento (LEF), indicando il periodo a cui è riferito il credito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la sua composizione.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

<sup>4</sup> <https://m3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/num/370>

**Art. 22b** Gli assicuratori comunicano immediatamente all'autorità designata dal Consiglio di Stato la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite e l'annullamento della stessa.

**Art. 22c** <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato informa sulle conseguenze del mancato pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione;

gli assicurati nei confronti dei quali è stato emesso un attestato di carenza di beni.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

**Art. 22g** <sup>1</sup>In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare all'assicuratore la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, tranne nei casi d'urgenza medica conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup>Prima di notificare all'assicuratore la sospensione, l'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica al Comune di domicilio i dati dell'assicurato escusso, chiedendo una verifica della situazione economica.

<sup>3</sup>In mancanza della risposta del Comune, entro un termine adeguato definito dal Regolamento, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare la sospensione all'assicuratore.

<sup>4</sup>In caso di manifesta incapacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato prescinde dalla richiesta di sospensione.

<sup>5</sup>La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.

<sup>6</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

**Art. 22h** Agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

**Art. 22i** <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato gestisce una banca dati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal (elenco), in cui registra gli assicurati sospesi, informandoli delle intervenute iscrizioni e cancellazioni.

<sup>2</sup>Essa aggiorna costantemente tale elenco che può essere reso accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni mediante procedura di richiamo.

<sup>3</sup>La registrazione nell'elenco equivale a comunicazione alle autorità di cui al capoverso 2.

<sup>4</sup>L'assicurato rimane registrato nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti.

<sup>5</sup>Per la protezione e la sicurezza dei dati sono applicabili, oltre alle disposizioni del diritto federale e di questa legge, le disposizioni della legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987.

<sup>6</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

**Art. 22l** <sup>1</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato può, in casi eccezionali, revocare la sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità.

<sup>2</sup>L'autorità designata dal Consiglio di Stato dà comunicazione all'assicuratore, il quale procede immediatamente alla revoca della sospensione notificata all'assicurato e assume i costi delle prestazioni fornite a quest'ultimo.

<sup>3</sup>La revoca ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato.

<sup>4</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22m <sup>1</sup>Agli assicurati minorenni non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

<sup>2</sup>Il Cantone rimborsa agli assicuratori i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati da un attestato di carenza di beni che interessa gli assicurati minorenni, nei limiti dell'art. 64a LAMal.

<sup>3</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22n <sup>1</sup>Il Comune di domicilio accerta la situazione economica di ogni assicurato segnalato dall'autorità designata dal Consiglio di Stato, con particolare riferimento alla capacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e lo informa sulle conseguenze del mancato pagamento.

<sup>2</sup>L'assicurato è tenuto a fornire al Comune informazioni complete e veritiere sulla propria situazione economica.

<sup>3</sup>Il Comune comunica all'autorità designata dal Consiglio di Stato l'esito dell'accertamento di cui al capoverso 1.

<sup>4</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

Art. 22o <sup>1</sup>Per l'assicurato maggiorenne che presenta una situazione economica che gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può presentare formale segnalazione all'autorità tutoria per l'adozione di eventuali misure a protezione.

<sup>2</sup>Il Regolamento disciplina i particolari.

## Kanton Thurgau: Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung<sup>5</sup>

### *§ 5 Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel*

<sup>1</sup> Als Verlustscheine und einem Verlustschein gleichwertige Rechtstitel im Sinne von Artikel 64a KVG gelten:

1. definitiver Verlustschein nach Artikel 149 beziehungsweise 265 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG);
2. Pfändungsurkunde nach Artikel 115 Absatz 1 SchKG, wenn kein pfändbares Vermögen vorhanden ist, und nach Artikel 115 Absatz 2 SchKG (provisorischer Verlustschein);
3. SchKG-Urkunde oder Auszug des Schweizerischen Handelsamtsblattes nach der Durchführung einer konkursamtlichen Liquidation einer Erbschaft gemäss Artikel 193 SchKG;
4. behördliche Insolvenzbestätigung aus Ländern der Europäischen Union, Island und Norwegen;
5. behördliche Bestätigung betreffend Ausschlagung der Erbschaft;
6. Verfügung betreffend Einstellung des Konkursverfahrens mangels Aktiven gemäss Artikel 230 SchKG.

<sup>5</sup> [https://www.rechtsbuch.tg.ch/app/de/texts\\_of\\_law/832.10/versions/858](https://www.rechtsbuch.tg.ch/app/de/texts_of_law/832.10/versions/858)

#### **§ 6 Beiträge an Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel**

<sup>1</sup> Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde des Versicherten übernimmt nach Massgabe des KVG die in der Schlussabrechnung des Versicherers ausgewiesenen Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die zur Ausstellung eines Verlustscheins geführt haben.

<sup>2</sup> Rückvergütungen gemäss Artikel 64a Absatz 5 KVG werden Gemeinden erstattet, die Forderungen gemäss Absatz 1 übernommen haben.

<sup>3</sup> Die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde, die Forderungen gemäss Absatz 1 übernommen hat, hat gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht anteilmässig für dort entstandene Forderungen, die in den Verlustscheinen und gleichwertigen Rechtstiteln zusammengefasst wurden.

#### **§ 7 Aufhebung von Leistungsaufschüben**

<sup>1</sup> Übernimmt die Wohnsitz- oder Aufenthaltsgemeinde die gesamten ausstehenden Prämienrückstände, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten, hat sie gegenüber früheren Wohnsitz- und Aufenthaltsgemeinden im Kanton das Rückgriffsrecht für dort entstandene Prämienrückstände und Kostenbeteiligungen, abzüglich die bezogenen Entschädigungen gemäss § 8 Absatz 2.

<sup>2</sup> Von der Gemeinde übernommene Ausstände sind vom Versicherten zurückzuerstatten.

#### **§ 8 Beiträge aus der Prämienverbilligung**

<sup>1</sup> Zur Abgeltung der von den Gemeinden übernommenen Ausstände von Versicherten wird aus den Mitteln der Prämienverbilligung ein vom Regierungsrat jährlich festzulegender Betrag zur Verfügung gestellt. An die Beiträge der Gemeinden für Verlustscheine und gleichwertige Rechtstitel aus Vorjahren erfolgt keine Mitfinanzierung.

<sup>2</sup> Liegen die Aufwendungen der Gemeinden über dem Betrag gemäss Absatz 1, werden die Gemeinden für ihre Aufwendungen anteilmässig entschädigt.

<sup>3</sup> Die Gemeinden reichen dem Kanton die Abrechnungen der von ihnen im Kalenderjahr übernommenen Aufwendungen bis zum 15. Januar des Folgejahres ein.

#### **§ 9 Datenpool**

<sup>1</sup> Der Kanton führt eine Liste gemäss Artikel 64a Absatz 7 KVG[5] von Personen, die ihrer Prämienpflicht nicht nachkommen. Er betreibt dafür eine elektronische Applikation (Datenpool).

<sup>2</sup> Zum Zugriff auf den Datenpool berechtigt sind die kantonale Behörde gemäss § 4, die Politischen Gemeinden des Kantons, die im Kanton selbständig praktizierenden Ärzte und Ärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, die auf den Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2012 aufgeführten Listenspitäler sowie das Gesundheitsamt und der Datenschutzbeauftragte.

<sup>3</sup> Das Departement regelt den Zugriff für die im Kanton praktizierenden Zahnärzte und Zahnärztinnen.

## **§ 10**

### ***Datenerfassung***

**1** Der Versicherer meldet der kantonalen Behörde Schuldner und Schuldnerinnen von Forderungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung spätestens bei Anhebung der Betreuung.

**2** Die kantonale Behörde erfasst die Betroffenen im Datenpool und erstattet dem Versicherer Meldung. Sie setzt die zuständige Gemeinde über die Erfassung sowie den Leistungsaufschub des Versicherers in Kenntnis.

**3** Die kantonale Behörde übermittelt der Gemeinde elektronisch die Meldung des Versicherers über die Aufhebung des Leistungsaufschubs.

**4** Die Wohn- oder Aufenthaltsgemeinde ist für die vollständige Erfassung und die Bereinigung der Daten verantwortlich.

## **§ 11 Case Management**

**1** Die Gemeinden setzen Versicherte mit Leistungsaufschub über die Eintragung auf der Liste der säumigen Prämienzahler und die damit verbundenen Folgen in Kenntnis.

**2** Sie betreiben ein Case Management mit dem Ziel, den Versicherungsschutz wiederherzustellen und die Entstehung von Verlustscheinen zu vermeiden.

**3** Versicherte mit Leistungsaufschub sind zur Mitwirkung im Case Management verpflichtet.

## **§ 12 Verlustscheine**

**1** Die kantonale Behörde erfasst die Verlustscheinmeldungen der Versicherer im Datenpool.

**2** Sie übermittelt dem Gesundheitsamt jeweils bis zum 10. April die Schlussabrechnung über die im Vorjahr angefallenen Verlustscheine und gleichwertigen Rechtstitel zur Weiterverrechnung an die Gemeinden.

## **§ 13 Ausstand**

**1** Leistungserbringer, die es im Sinne von Artikel 44 Absatz 2 KVG ablehnen, gesetzliche Leistungen zu erbringen, haben dies dem Amt für Gesundheit zu melden.